Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 16 września 1882. **№ 37.** Rok XXI.

†

Dr. JAN SZEPAROWICZ.

Dotkliwą i niepowetowaną stratę poniesła nasza społeczność lekarska. Jan Szeparowicz, powszechnie znany i wielce ceniony prymaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie, umarł d. 10 bm. w Wiedniu, w 39 roku życia. Działalność jego zawodowa, literacka i obywatelska nader dobrze jest znaną ogółowi lekarskiemu, ażebyśmy jeszcze pod pierwszém wrażeniem bolesnego ciosu mogli i potrzebowali roztrząsać szczegóły tego pracowitego, płodnego i szlachetnego żywota. Lekarz światły, operator zręczny, pisarz wytworny, obywatel sumienny, śp. Szeparowicz był wybitniejszą osobistością w naszém społeczeństwie; a schodząc tak niespodziewanie z tego świata pozostawia on lukę w pierwszych szeregach narodu. Liczne prace umieszczane w lekarskich dziennikach dowodnie świadczą o naukowéj i literackiéj działalności nieboszczyka; Przegląd Lekarski traci w nim chętnego, punktualnego i bardzo cenionego współpracownika. Szczery i głęboki żal współobywateli towarzyszy nieodżałowanemu Koledze do grobu, a uznanie jego wysokich cnót i pięknych zalet umysłu i serca jest jedyną nagrodą pracowitego, płodnego i szlachetnego jego żywota.

I. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

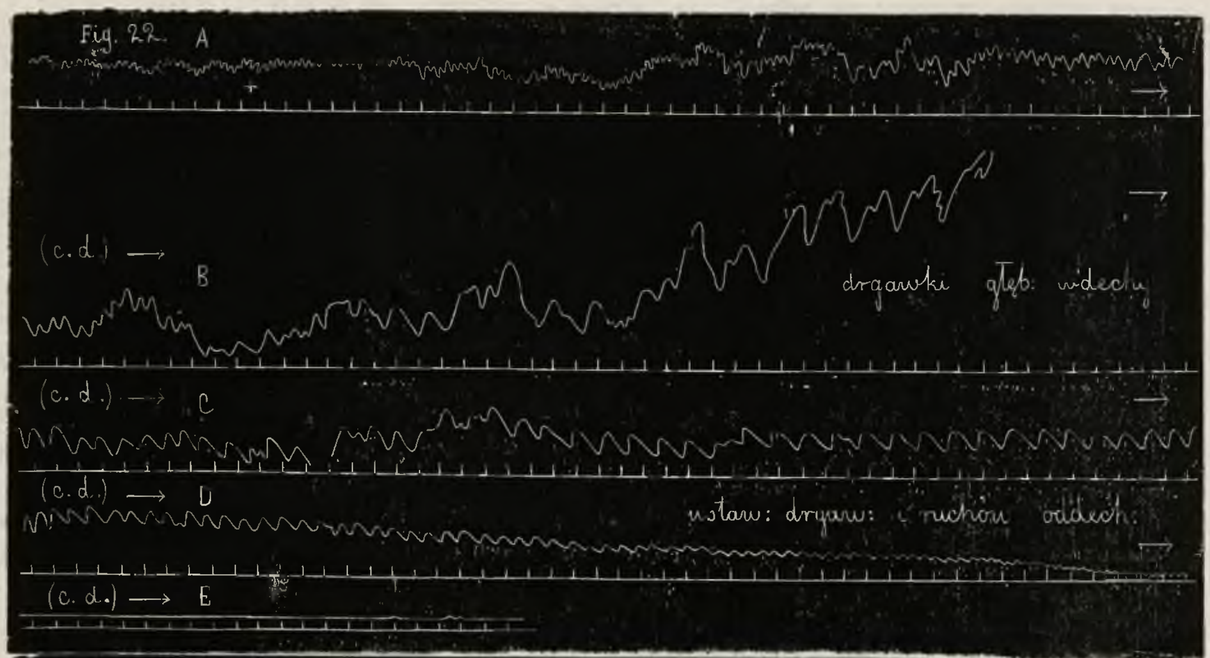
III.

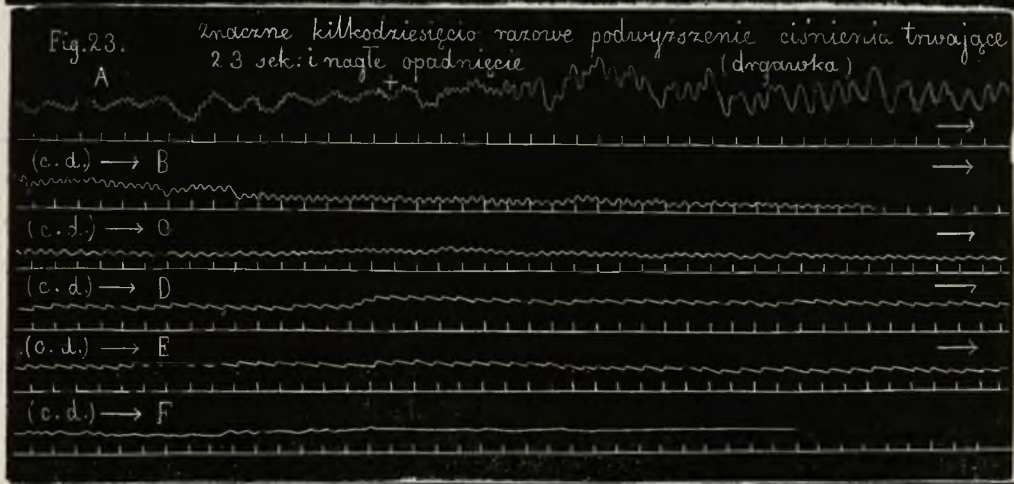
Duszenie przez topienie.—Metoda.—Objawy.—Oględziny pośmiertne.—Obrazy sfigmograficzne.—Wnioski.

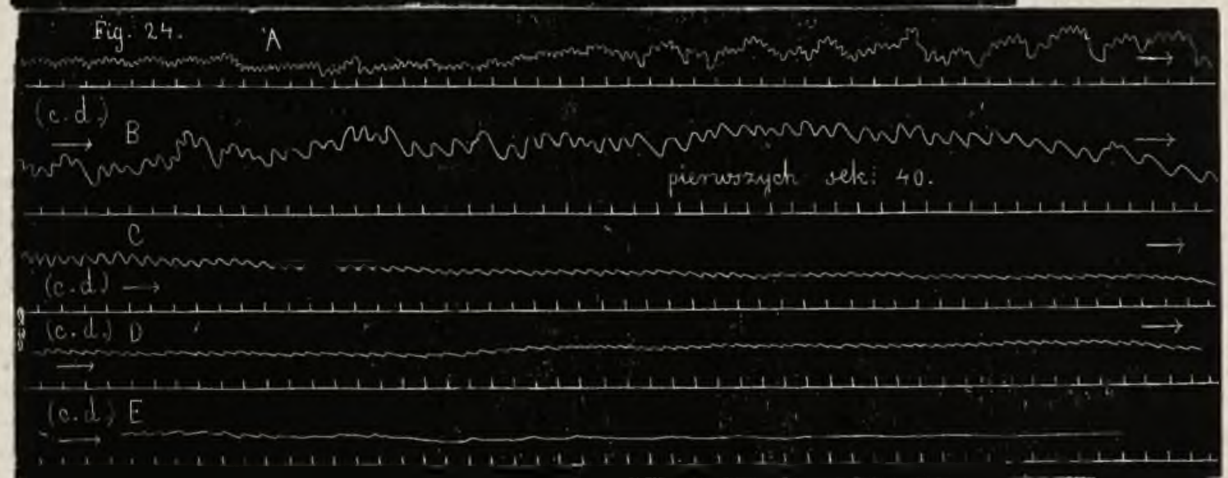
Chcąc usunąć wpływy uboczne, jakie przy utonięciu ludzi odgrywają rolę i wyświecić tylko wpływ jaki wywiera odcięcie dopływu powietrza za pomocą wody na parcie krwi, wlewałem wprost do tchawicy wodę, pomijając przytém, co jest rzeczą naturalną, wszelkie inne niepotrzebne bodźce. Płyn wlewałem albo z bani szklanéj kurkiem opatrzonéj, albo kroplami lub téż nagle strumieniem, którego grubość równała się grubości pióra gęsiego. Znakiem do zaprzestania téj manipulacyi było całkowite wypełnienie tchawicy, a po części i kaniuli w niéj tkwiącéj pienistą cieczą, co wymaga pewnego doświadczenia i uwagi. Trzeba bowiem pozwolić aby powietrze powoli uszło.

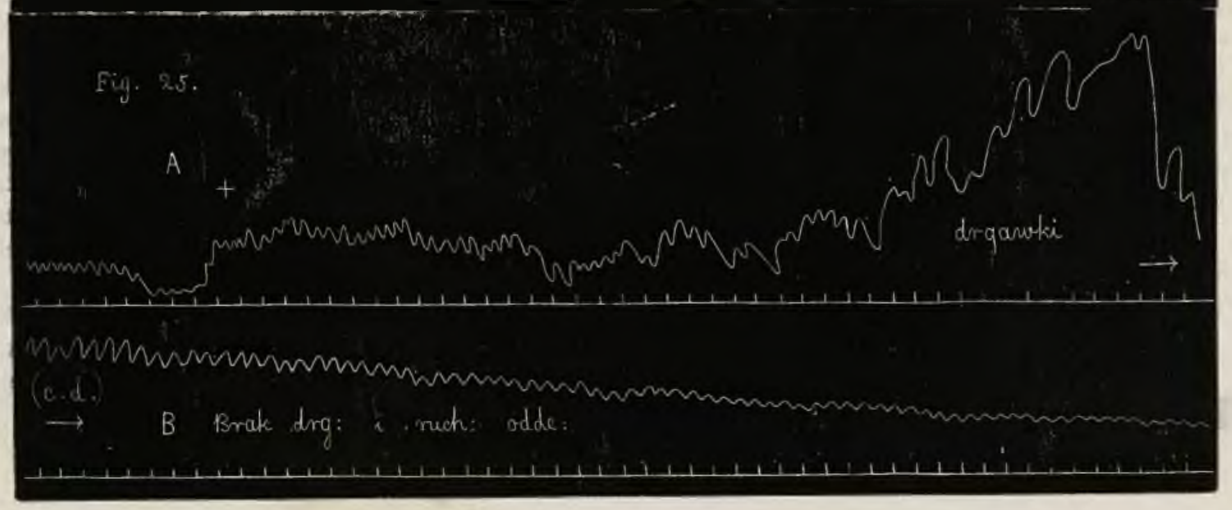
Objawy jakie przy nagłém topieniu zwierząt zauważono, i te które przy powolném się rozwijały, nie przedstawiały prawie żadnych różnic. I powolne bowiem topienie, uskuteczniane powolném wlewaniem płynu po kropli, rzadko kiedy trwało dłużéj nad 12—15 sekund, po których często występowały drgawki, trwające 2—4 sekund, wśród których zwierzę ginęło.

Źrenice wśród tego mało się rozszerzały, a drgawki dotyczyły nieraz i odnóg, mianowicie dolnych. Z wyniku oględzin pośmiertnych możemy podać następujące ważniejsze szczegóły:









Gałki oczne niezmienione. Płuca w wysokim stopniu rozdęte, poduszkowate, zasiane obficie wynaczynionkami na powierzchni blado - różowéj przeświecającéj opłucny rozmieszczonemi. Na opłucny żebrowéj nieliczne wynaczynionki. Płuca na przekroju zalewają się znaczną ilością bladéj, jasnéj cieczy pienistéj znachodzącéj się i w oskrzelach. Gołém okiem rozróżnić można wśród części obwodowych miąższu większe przestwory powietrzne.

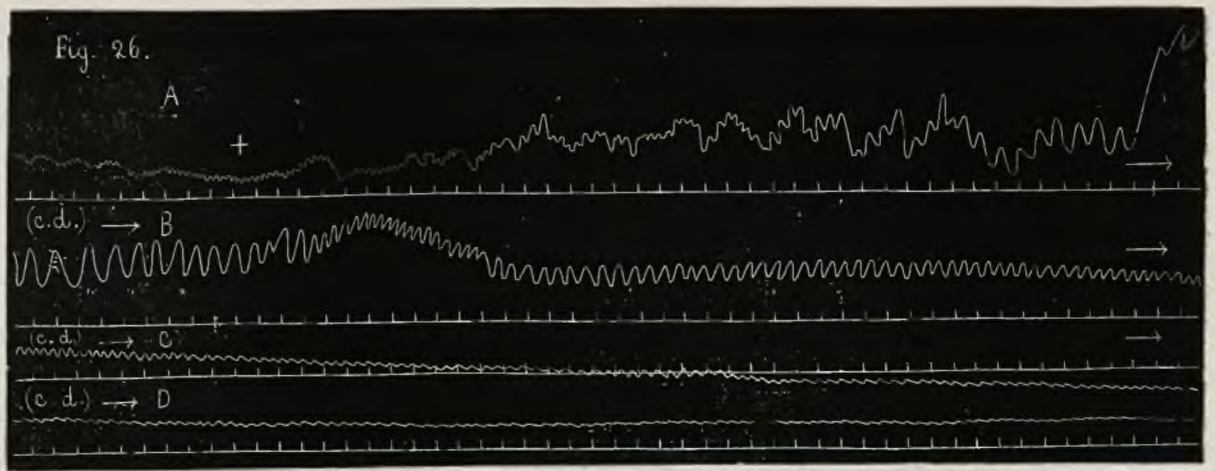
Serce nie przedstawiało się we wszystkich przypadkach jednostajnie. Zazwyczaj w lewéj połowie skurczone, jednak nie nazbyt, okazywało prawą komórkę zawsze wiotką, wypełnioną znaczną ilością ciemnoczerwonéj krwi. Na *epicardium* nieliczne wynaczynionki. Trzewa brzuszne, prócz miernie przekrwionéj krezki, nie okazywały zboczeń wybitniejszych; żyły, szczególniéj w jamie brzusznéj, obficie krew płynną ciemnoczerwoną zawierały.

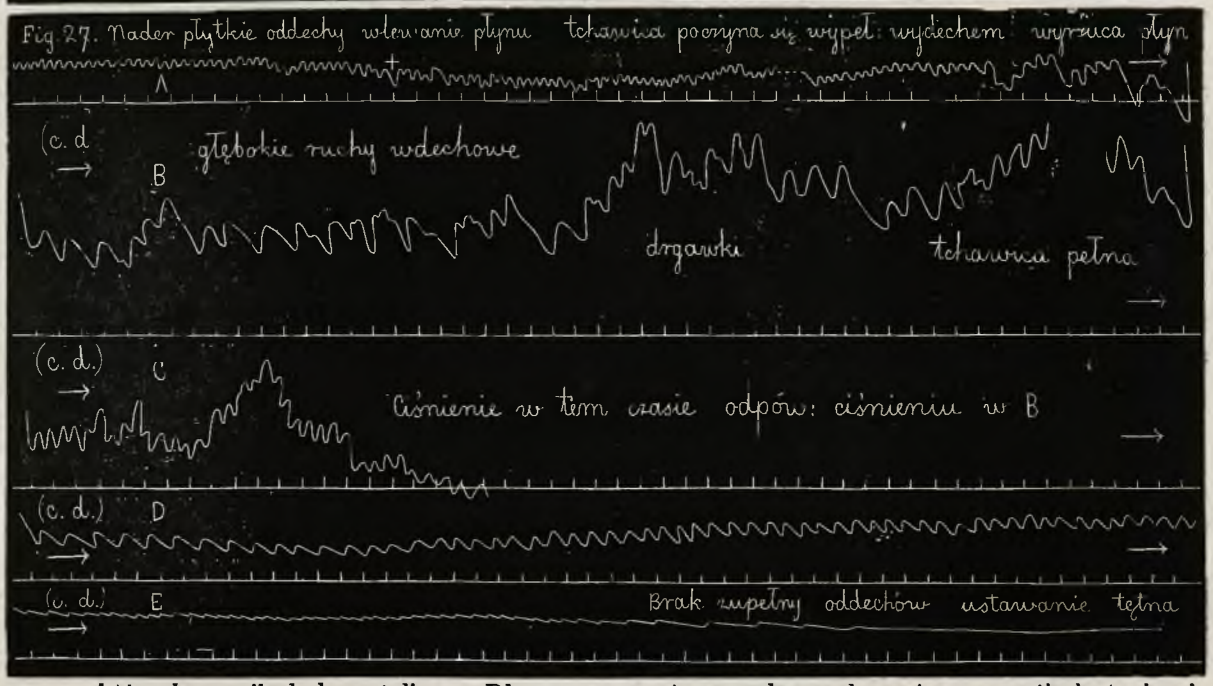
Mózg, rdzeń pacierzowy, opony, badane w kilku przypadkach, nie przedstawiały zmian.

Topienie nagłe dało mi obrazy sfigmograficzne, które można było ugrupować we dwa wielkie działy. Do pierwszego należą te przypadki, gdzie pomimo nagłego odcięcia dopływu powietrza, przez płyn wlewany, parcie krwi przez pierwszych sekund blizko 30 zostaje na téjże saméj co w stanie prawidłowym wysokości, lub téż mało co się wznosi nad ten poziom.

Reprezentantami tej grupy są: fig. 22, 23 i 24.

Dział drugi stanowią przypadki, w których już po kilku sekundach trwania odcię-





cia dopływu powietrza, ciśnienie znakomicie się wznosi.

Są to obrazy sfigmograficzne oznaczone fig. 25 i 26.

Obrazki, jakie otrzymujemy przy topieniu powolném, a które z bardzo nieznacznemi różnicami odpowiadają obrazowi, który fig. 27 przedstawia, wykazują podobne stosunki jakie mamy przy nagłém utopieniu w grupie pierwszéj, tj. że parcie wznosi się powoli, zazwyczaj dopiero po 30 mniéj więcéj sekundach. Podobieństwo to jest nader uderzającém, co nasuwa pewne skrupuły, a mianowicie, czy przy nagłém wlewaniu płynu skutkiem przypuszczalnie powoli dobywającego się powietrza, płyn rzeczywiście nagle się dostawał do oskrzeli, czyli też, powoli? Otóż na punkt ten zwracałem pilnie uwagę i wykluczałem zawsze te obrazy, w których wynik był wątpliwy. Dla czego pomimo nagłego wlewania, a raczéj dostania się płynu do płuc, w niektórych razach obrazy były takie jak przy powolném wlewaniu? w istocie, pomimo ścisłéj kontroli, trudno orzec.

(Dok. nast.)

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

III. Uwagi anatomiczne. Położenie i przymocowanie żołądka w stanie fizyjologicznym i patologicznym.

W stanie prawidłowym, jak wiadomo, większa połowa żołądka zajmuje lewą część jamy brzusznéj, a tylko może jego część znajduje się na prawo od linii środkowéj; tam więc też leży odźwiernik. Podług Luschki położenie dokładne odźwiernika jest w środku pomiędzy liniją mostkową i przymostkową. Wątroba pokrywa go tak, że zwykle nie możemy zmian téj okolicy wymacać, jeżeli w skutek nich odźwiernik się nie opuścił. Często atoli to następuje, i wtenczas możemy stwardnienia znaczniejsze lub guzy téj okolicy wymacać, przynajmniéj w późniejszym okresie choroby, jeżeli odźwiernik nie przyrósł poprzednio już do narządów przyległych, coby naturalnie jego opuszczeniu przeszkodziło. Znane są przypadki, gdzie wymacano guz blizko kości łonowéj i trudno było rozpoznać do którego z narządów guz ten odnieść należy, aż później się wykazało, że to był zrakowaciały odźwiernik.

Przedewszystkiém interesuje nas anatomiczny stosunek odźwiernika do narządów sąsiednich, a mianowicie do trzustki. Jak wiadomo leży odźwiernik swoją tylną ścianą na przedniéj stronie trzustki, przedzielony od niéj tylko częścią torebki sieciowéj, stanowiącą pokrycie otrzewnowe tych części. Dwunastnica posiada tylko na samym początku w blizkości odźwiernika zupełne pokrycie otrzewnowe; poniżéj pokrywa otrzewna tylko jéj przednią ścianę, a tylna jest częściowo przyrośniętą do głowy trzustki. Anatomiczne te stosunki tłumaczą nam dla czego tak łatwo następuje zrośnięcie odźwiernika w raku żołądka.

Ku górze mała sieć przyczepia odźwiernik do wątroby, a prawy zgrubiały i wolny jéj brzeg, łączący dwunastnicę z wątrobą, nazywa się więzadłem wątrobowo-dwunastnicowém *(Lig. hepato-duodenale)*. Część ta dla tego dla nas tak wielkie ma znaczenie, że tam leży przewód żółciowy, żyła wrotna i tętnica wątrobowa, a Wölfler nazwał to więzadło granicą, po za którą nie wolno się posuwać przy wycinaniu odźwiernika. Na szczęście też rak żołądka nie rozszerza się ku stronie dwunastnicy, chyba wyjątkowo. Ale mimo to, ściśle rzeczy biorąc, w każdym przypadku wycięcia odźwiernika naruszamy tę przez Wölflera ustanowioną granicę, a przynajmniéj skrajną jéj część lewą. Więzadło wątrobowo-dwunastnicowe bowiem prawdziwie tam się zaczyna gdzie dwunastnica, a przy wycinaniu odźwiernika musimy też zawsze 1—2 cm. dwunastnicy wyciąć, choćby tylko dla tego, żeby np. w raku odźwiernika w zdrowéj tkance wycięcie uskutecznić; a więc

trzeba i więzadło tak daleko oddzielić. W tém tylko znaczeniu pojmować należy twierdzenie Wehra (l. c.), że w rzeczy samej w żadnym przypadku wycięcia nie odbywa się bez naruszenia granicy Wölflerowskiéj. Rozumie się, że ta część więzadła, która zawiéra przewód żółciowy, żyłę wrotną i tętnicę wątrobową, stanowi część nietykalną, *noli me tangere*, jak słusznie chce tego Wölfler.

Ku dołowi nabrało wielkiego znaczenia więzadło łączące żołądek z okrężnicą poprzeczną *(lig. gastro-colicum)*, część sieci wielkiéj, od czasu jak w przypadku Lauensteina nastąpiła zgorzel okrężnicy poprzecznéj po przedzieleniu tego więzadła. Rzadkie to z pewnością zdarzenie tylko wtenczas może nastąpić, jeżeli, jak w powyższym przypadku, zrosty głęboko sięgające wymagają oddzielenia dalekiego i głębokiego. Tętnica *colica media*, odżywiająca okrężnicę poprzeczną, wychodzi bowiem poniżéj trzustki z tętnicy krézkowéj wyższéj, więc ją się nie tak łatwo nadweręży przy oddzielaniu guza odźwiernikowego.

Resztę więzadeł żołądka pomijamy milczeniem, jako nie zasługujące na uwagę przy wycinaniu odźwiernika.

Tętnice żołądka pochodzą wszystkie z tętnicy trzewowéj górnéj. Wymieniamy tu tętnice okolicy odźwiernikowéj:

1) Tętnica okrężna żołądka wyższa prawa (*art. coronaria ventr.-sup. dextr.)* wychodzi z tętnicy wątrobowéj, a oddając małą gałązkę do odźwiernika (tętn. odźwiernikową) łączy się z tętnicą okrężną żołądka wyższą lewą w łuk opatrujący górne wycięcie żołądka w krew.

2) Tętnica żołądko-dwunastnicowa (*art. gastro-duodenalis*), dolna gałęź tętnicy wątrobowéj, bieży poza odźwiernikiem ku dołowi i dzieli się na tętn. trzustko-dwunastnicową, zaopatrującą części wymienione, i na tętn. żołądkowo-sieciową prawą, która z tętnicą żołądko-sieciową lewą, pochodzącą z tętnicy śledzionowéj, tworzy dolny łuk żołądkowy. Przy oddzielaniu zrostów odźwiernika do tyłu trzeba się wystrzegać, żeby pnia tętn. żołądko-dwunastnicowéj nie naciąć.

Żyły przebiegają równolegle do większych gałązek tętnic i noszą te same nazwy.

Naczynia limfatyczne, tworząc powierzchowne i głębsze sieci, zbierają się w większe gałązki w okolicy wygięć żołądka (*curvaturae ventr.*), a ztamtąd udają się przez gruczoły żołądko-sieciowe (*gl. gastro-epiploicae*) (2—5 gruczołów w małéj sieci, a 4—7 w wielkiéj) do splotu limf. trzewowego (*plexus lymph. coeliacus).*

Nerwy pochodzą z obu nerwów błędnych, zaopatrujących jako sploty przednią i tylną ścianę żołądka i ze splotu trzewowego n. spółczulnego.

Najważniejsze tu dla nas zmiany patologiczne podaliśmy już przy opisie wskazań, a niektóre co dopiero powyżéj, jako to: że rak odźwiernika prawie nigdy nie przechodzi na dwunastnicę; daléj stosunek raka odźwiernika do narządów sąsiednich, mianowicie do trzustki. Przyszliśmy tu do wyniku przeciwnego wnioskom Gussenbauera i Winiwartera i musieliśmy zaznaczyć, opiérając się na doświadczeniu z dotychczas operowanych przypadków, że tylko w bardzo nielicznych wyjątkach nie znaleziono zrostów, ani żadnych przerzutów. Spostrzeżenie to znacznie oziębiło początkowy entuzyjazm do wycięcia odźwiernika w raku, a nasunęło potrzebę ostrożnego wyszukiwania odpowiednich do operacyi przypadków. Sam Billroth powiedział na ostatnim Zjeździe chirurgów, że się zadziwił nad wielką liczbą dotychczas wykonanych operacyj.

IV. Technika operacyjna.

Po dokładném zbadaniu (jeżeli potrzeba w narkozie) i po uznaniu, że przypadek jest odpowiedni do operacyi, należy najprzód chorego do niéj przygotować.

Odpowiednie przygotowanie jest wielkiéj doniosłości przy wycinaniu odźwiernika:

Codziennie przez kilka dni przed operacyją, a w sam dzień operacyi krótko przed jéj wykonaniem, należy wypłukać żołądek chorego letnią wodą, albo jeszcze lepiéj letnim rozczynem kwasu salicylowego. Wypłukujemy dopóty dolewając wody, dopóki płyn nie wraca zupełnie czysty. Nieraz nie da się zupełnie czysto wypłukać żołądek, a to mianowicie tam, gdzie jest bardzo wielkie rozszerzenie żołądka, jak np. w przypadku drugim Billrotha, w przypadku Kitajewskiego i Lauensteina. Ale i w tych przypadkach wypłukiwanie, mianowicie płynem przeciwgnilnym, nie bez korzyści zostaje wykonaném, gdyż płyn pozostawiony w żołądku zmienia się na aseptyczny. Początkowo operacyja wypompowania żołądka jest nader przykrą, ale powoli chorzy się do tego przyzwyczajają.

Również potrzeba się starać o wypróżnienie kiszek, o ile możności zupełne, za pomocą środków przeczyszczających i lewatyw lub nalewania wody irygatorem. Jak ważne są te czynności przygotowawcze pokazuje nam przypadek Hahna, gdzie, jak autor twierdzi, w skutek nagromadzenia kału w jelitach i niezupełnego wydalenia nawet przez powyższe środki, nastąpiły wymioty kałowe, co spowodowało pęknięcie kilku szwów po 7 dniach, kiedy już chory nie gorączkował i zupełnie był bez wszelkich dolegliwości; 8go dnia nastąpiła śmierć.

Zresztą należy jak najskrupulatniéj przestrzegać wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego. Pole operacyjne zmyć mydłem i kwasem karbolowym, chorego pokryć nieprzemakalną, karbolem zmytą tkaniną, zaopatrzoną w odpowiednie wycięcie, którego brzegi nasmarowane przylepcem szczelnie się przylepiają na około pola operacyjnego; na to blizko otworu kładziemy przeciwgnilną gazę; narzędzia i ręce mają być czyste i odwonione; zamiast gąbek używamy tamponików z waty salicylowéj, zawiniętych w gazę antyseptyczną, i w każdym przypadku świeżo przygotowanych. Podczas operacyi nie używam mgły, podobnie jak Billroth i inni, ażeby otrzewny i jelit nie drażnić i nie oziębiać (inne operacyje zawsze wykonywam w mgle); niektórzy operatorowie zaś i tu nie opuszczają sprayju. Nie stosując jednego ochraniającego czynnika sposobu przeciwgnilnego, jakim jest spray, tém skrupulatniéj stosuję inne: Na kilka dni przed operacyją odwietrzam dokładnie pokój przeznaczony do laparotomii i napełniam go mgłą kwasu karbolowego. Na dzień przed operacyją wprawiamy w ruch parowy spray przez kilka godzin, a w każdym razie przynajmniéj przez 2 godziny przed operacyją. Pokój ogrzewamy od 20—24°R., a obok chorego i pomiędzy jego nogi kładziemy woreczki z gorącym piaskiem, jak to Bardenhauer (*Die Drainirung der Peritonealhöhle)* zaleca. Równocześnie ustawiamy parujące naczynia z kwasem karbolowym w pokoju, gdyż Maas (*Ueber den Einfluss rapider Wasserentziehung auf den Organismus mit besonderer Berücksichtigung des Hitzschlages und der Operationen in der Bauchhöhle. Verh. d. Dt. Ges. f. Chir.*, 1881, str. 2) wykazał, że tak oziębienie jamy otrzewnowéj jak i wysychanie jéj jest bardzo szkodliwém.

Osobnych narzędzi prócz cienkich igieł i moich elastycznych uciskadeł nie potrzebujemy do téj operacyi. Wybierać możemy między zwyczajnemi cieniuteńkiemi krzywemi igłami i igłami Madelunga, Wolberga lub Hagedorna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Teoryja kiłowego wiądu pacierzowego.

Co do *d*). Ostatnie pytanie, na które mamy odpowiedzieć, jest, czy istnieje naprawdę wiąd pacierzowy kiłowy, t. j. wiąd pacierzowy, którego przyczyną bezpośrednią jest kiła?

Lubo autor jest najzupełniéj przekonany o istnieniu wiądu pacierzowego kiłowego, to jednakowoż są tacy, którzy go nie uznają, a twierdzeniu o jego istnieniu robią pięć głównych zarzutów: *a*) mniemany kiłowy wiąd pacierzowy nie ma żadnych sobie właściwych przypadów; *b*) nie ma osobnych zmian anatomicznych; *c*) wiąd pacierzowy jest objawem zboczenia w pewnym systemie rdzenia pacierzowego (t. j. w sznurach tylnych) a kiła niezwykła wywoływać zmian w pewnych systemach; *d*) leczenie przeciwkiłowe nie wpływa korzystnie na mniemany kiłowy wiąd pacierzowy; *e*) zejście się kiły z wiądem pacierzowym jest po prostu przypadkowe.

Co do *a*) ***wszystkie przypady przez kiłę w układzie nerwowym wywołane są wyrazem nie rodzaju, lecz usadowienia się zmiany anatomicznej.*** Czy taka lub owaka zmiana anatomiczna usadowi się w układzie nerwowym zboczenia czynnościowe przez nią sprawione będą jednakie, jeżeli tylko też same części są przy tém nadwerężone lub zniszczone. Bezład ruchowy i inne zboczenia czynnościowe w wiądzie pacierzowym są wyłącznie skutkiem zajęcia przez zmianę anatomiczną pewnych części rdzenia pacierzowego i jak porażenie połowicze kiłowe lub takaż padaczka nie ma w sobie nic wyłącznie właściwego, tak samo i zmiana kiłowa w pewnych częściach rdzenia pacierzowego nie może mieć nic sobie wyłącznego; co najwięcéj, można z innych okoliczności, z dodatkowych przypadów wnosić o naturze zmiany anatomicznéj, ale nigdy z samych przypadów właściwego wiądu pacierzowego jako choroby rdzenia pacierzowego. Zarzut więc, iż wiąd pacierzowy kiłowy nie ma swoich osobnych przypadów, upada.

Co do *b)* wiadomo powszechnie, ***iż kiła nie sprawia osobnych, sobie wyłącznie właściwych zmian anatomicznych***, że w szczególności kiła trzeciorzędna prowadzi do stwardnień (*scleroses)* i kilaków (*gummata)*, które i przy najstaranniejszém badaniu mikroskopowém nie okazują żadnych szczególnych znamion, po którychby je poznać można. Nie można więc od wiądu pacierzowego kiłowego wymagać tego, czego zmiany anatomiczne przez kiłę w innych narządach wywołane nie mają. Co więcéj, wiemy, iż przeważna część zboczeń czynnościowych przez kiłę trzeciorzędną w układzie nerwowym sprawionych zawdzięcza swe powstanie stwardnieniom, a stwardnienie sznurów tylnych jest najgłówniejszą zmianą anatomiczną w wiądzie pacierzowym. Tak więc stosunki anatomiczne popierają dzielnie przypuszczenie wiądu pacierzowego kiłowego.

Co do *c)* ***twierdzenie, że kiła nie ma skłonności do nagabywania ustroju układami, jest pojęciem a priori, pojęciem filozoficznem, ale nie owocem postrzeżeń klinicznych.*** Gdzież bowiem dowód, że kiła nie może nagabywać osobnych układów w ustroju ludzkim? Co więcéj, obserwacyja kliniczna poucza wprost przeciwnie: ileż to bowiem widzimy przypadków, gdzie kiła nagabuje przynajmniéj jakiś czas bądź to wyłącznie gruczoły limfatyczne albo tylko skórę lub błony śluzowe albo kości, a zatém rzeczywiście występuje tylko w pewnym układzie. Daléj mylném jest zupełnie twierdzenie, jakoby wiąd pacierzowy polegał wyłącznie na zmianach anatomicznych w tylnych sznurach rdzenia. Sprzeciwia się temu tak dobrze anatomija, która wykazała bardzo często w wiądzie pacierzowym zmiany nietylko w sznurach tylnych, ale nadto rogach tylnych i przednich istoty szaréj, sznurach bocznych i przednich i oponach, ale także doświadczenie kliniczne, które, o czém jużeśmy wspomnieli, wykazuje w przebiegu wiądu pacierzowego bardzo często zboczenia czynnościowe i anatomiczne w zakresie mózgu i nerwów mózgowych, czego przecież ze zmiany anatomicznéj w sznurach tylnych rdzenia pacierzowugo wywodzić nie można. Grasset oświadcza wyraźnie, iż lubo główna zmiana anatomiczna znajduje się w sznurach tylnych, to jednakowoż objawy kliniczne przemawiają stanowczo za tém, iż wiąd pacierzowy jest chorobą ogólną układu nerwowego, a Dejérine dowiódł niedawno, iż w wiądzie pacierzowym nerwy skórne ulegają zmianom anatomicznym, które nie zależą bynajmniéj od zmian w rdzeniu pacierzonym czyli, że i na obwodzie znajdują się ogniska chorobowe.

Co do *d*) powiedzieliśmy już, do jakiego stopnia ***leczenie przeciwkiłowe jest skutecznem w wiądzie pacierzowym kiłowym.*** Wypada z tego niewątpliwie, iż ta skuteczność nie jest wielka, ale ztąd nie można bynajmniéj wnosić, iż nie ma wiądu pacierzowego kiłowego, bo 1) chorzy zazwyczaj, a raczéj prawie zawsze, przychodzą do lekarza bardzo późno, po wielu latach choroby, gdy zmiany anatomiczne zupełnie się już wytworzyły, ustaliły, i gdy ani rtęć ani jod nie mogą mieć na nie oczywiście żadnego wpływu; 2) z dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych i badań anatomicznopatologicznych wypada, iż ataksyja istnieje nieraz jako zmiana materyjalna, ale nie objawia się zewnętrznie żadnemi przypadami. Leczenie więc każde, które oczywiście opiera się na poznaniu choroby, przychodzi za późno, a tém samém nie może być skutecznem. Z tych przeto powodów z nieskuteczności leczenia przeciwkiłowego nie można zaprzeczać istnienia kiłowego wiądu pacierzowego.

Co do *e*) nakoniec, to statystyka nowsza dowiodła bez wątpienia, że ***przynajmniéj 80%***, a według najświeższych obliczeń lekarzy przedewszystkiém francuzkich nawet wyższy procent, ***wszystkich przypadków wiądu pacierzowego był poprzedzony kiłą.*** Przypuszczenie przeto prostego związku przypadkowego z powodu pospolitości kiły jest niestósowne tém bardziéj, iż żadna inna choroba nie wykazuje tak znacznego „przypadkowo“ procentu kiły poprzedzającéj. Również w obec okoliczności już omówionéj, że przedewszystkiém formy łagodne kiły prowadzą do wiądu pacierzowego, upada przypuszczenie, iż kiła jest przyczyną tylko usposabiającą do wiądu pacierzowego. Nie ma więc zdaniem Fourniera wątpliwości, że kiła jest przyczyną bezpośrednią wiądu pacierzowego czyli wyraźniéj mówiąc, że istnieje wiąd pacierzowy kiłowy.

Obaliwszy w ten sposób wszystkie zarzuty, jakieby czynić można przypuszczeniu wiądu pacierzowego kiłowego,

popiera Fournier swe twierdzenie następującemi okolicznościami, które są:

1) Charakterystyczna obecność poprzednich objawów kiły u ludzi dotkniętych wiądem pacierzowym. Prawda, że przeciwko temu występują z zarzutem następnym: jeżeli kiła jest rzeczwiście przyczyną, to dla czegóż nie znajdujemy we wszystkich przypadkach wiądu pacierzowego ani z anamnezy ani z obecnego stanu dowodów kiły, tylko średnio biorąc zaledwie w 80% wiądu pacierzowego. Na to odpowiada F.: Wiadomo, jak trudno wydobyć z chorych szczegóły dotyczące przebytéj kiły a na dowód tego przytacza, że na 36 przypadków kilaka podniebienia miękkiego zaledwie 20 razy udało mu się wykazać z anamnezy poprzednie objawy kiły, lubo o naturze takiéj zmiany anatomicznéj nikt wątpić nie może. Toż samo oczywiście stosuje się tém bardziéj do wiądu pacierzowego, który występuje przeważnie w okresie bardzo późnym kiły, gdzie zatém trudno u chorych o szczegóły odnoszące się do dalekiéj przeszłości. Dodajmy do tego, że wiąd pacierzowy ukazuje się w przypadkach dobrotliwych (przynajmniéj pozornie) kiły, w których zatém poprzednie objawy kiły były i lekkie i niedługo trwały, uwzględnijmy zresztą i to, że przecież nie każden zapewne przypadek wiądu pacierzowego pochodzi z kiły a przyznamy łatwo, iż zarzut, że nie można zawsze dowieść poprzednich objawów kiły, nie może obalić twierdzenia o istnieniu kiłowego wiądu pacierzowego.

2) Rozwój wiądu pacierzowego prawie wyłącznie w okresie trzeciorzędnym kiły. Na 89 przypadków wiądu pacierzowego u kiłowych rozpoczęło się 85 po 3cim roku, trzy w ciągu 3go, a tylko jeden ku końcowi 2go roku kiły. To stałe pojawianie się wiądu w okresie późnym kiły dowodzi i blizkiego związku tych spraw chorobowych ze sobą i tego, że rdzeń pacierzowy podlega tymże samym prawom, co inne organa wewnętrzne, jak wiadomo, także przeważnie późno od kiły nagabywane.

3) Częste łączenie się przypadów wiądu pacierzowego z innemi objawami, które najpospoliciéj trafiają się w kile. Do tych liczymy przedewszystkiém porażenia nerwów mózgowych, a mianowicie ruchowych oka i nerwu wzrokowego. Otóż uczy doświadczenie na podstawie statystyki: *a*) że tak w wiądzie pacierzowym jak w kile najczęstszém jest porażenie nerwu okoruchowego; *b*) że w obydwóch tych chorobach porażenia mięśniów ocznych są najczęściéj niezupełne, zaledwie naszkicowane z widzeniem podwójném bez zezu lub zezem bardzo lekkim zaledwo dostrzedz się dającym; *c*) że i w wiądzie i w kile porażenia pary trzeciéj ograniczają się do pewnych jéj gałązek i *d*) że w obydwóch chorobach może być po kilka nerwów na jedném lub na obu oczach nagabniętych. Dowodzi to, że taż sama przyczyna wywołuje porażenia w wiądzie i w kile czyli że po prostu wiąd pacierzowy jest objawem kiły. Ricord stanowczo już dawniéj oświadczył, iż porażenie mięśniów ocznych jest znakiem kiły na oku. 2) Łączenie się wiądu pacierzowego z pewnemi przypadami mózgowemi jak porażeniem połowiczém, napadami apoplektycznemi i epileptycznemi, afazyją itp. zboczeniami, które są bardzo często objawami kiły mózgowéj, a nakonieć 3) łączenie się wiądu pacierzowego z porażeniem ogólném postępowém, które nowsi autorowie na podstawie statystyki odnoszą do kiły jako do przyczyny

4) Wpływ leczenia przeciwkiłowego na wiąd pacierzowy. Lubo ten wpływ nie jest znaczny, wątpliwości nie ulega, iż jest nietylko przelotny ale nawet stały, bez porównania większy, niż ze strony wszelkich innych środków przeciw wiądowi pacierzowemu dotychczas używanych, które mogły ulżyć lub nawet usunąć zupełnie jeden lub drugi przypad, ale nigdy najpodobniéj do prawdy nie wpłynęły na bieg ogólny choroby. Przyznawali to Fournierowi nawet sami chorzy, którzy wypróbowawszy wiele rozmaitych środków wracali na własne żądanie do jodu i rtęci jako środków według ich zdania najskuteczniejszych.

5) Występowanie równoczesne niewątpliwych objawów kiły i wiądu pacierzowego. Możnaby tu oczywiście przypuszczać prosty przypadek ale wiadomo, iż najbezpieczniéj i najpewniéj objawy równoczesne odnosić do téjże saméj przyczyny.

6) Niemożność bardzo pospolita wyszukania inszéj przyczyny wiądu pacierzowego jak kiła. F. postrzegał 80 takich przypadków, gdzie najstaranniejsze badanie i wypytywanie się bezwarunkowo nie wykazało żadnéj innéj przyczyny i gdzie tylko kiła była poprzedniczką wiądu.

Dowiódłszy w ten sposób istnienia wiądu pacierzowego kiłowego wywodzi ztąd F. następujące ważne wnioski praktyczne:

a) W każdym przypadku wiądu pacierzowego należy najstaranniéj badać cały ustrój, a w razie potrzeby cofnąć się nawet do dalekiéj przeszłości, by tylko na pewne przekonać się, czy kiła nie odgrywała przy tém jakiéj roli.

b) Wykrywszy kiłę lub nawet w razie najmniejszego o nią podejrzenia należy wziąć się natychmiast do energicznego leczenia przeciwkiłowego w sposób już podany.

c) Szczególniejszą należy zwracać uwagę na wiąd pacierzowy dopiero się rozpoczynający i leczyć go energicznie nie oczekując wyjaśnienia się rozpoznania. W ten sposób wprawdzie nie wiemy na pewne, cośmy leczyli, ale to nie wątpliwe, żeśmy nieraz wyleczyli wiąd pacierzowy.

d) Nakoniec przedewszystkiém należy leczyć pilnie kiłę w jéj początkach, a leczyć wytrwale nawet w lekkich przypadkach, bo tym sposobem najlepiéj zapobieżymy powstawaniu wiądu pacierzowego z powodów poprzednio już podanych.

Oto treść dzieła, które polecamy jak najgoręcéj szan. kolegom. Pozwoliliśmy sobie zająć niém tyle miejsca w *Przeglądzie Lekarskim*, ponieważ zadaniem tego pisma jest właśnie, jak tytuł sam wskazuje, przegląd piśmiennictwa, powtóre, ponieważ kwestyja sama jest bardzo ważna a nakoniec, ponieważ obrobienie jéj w dziele Fourniera odznacza się niezwykłą loicznością i gruntownością. Uwagi własne zachowujemy sobie na późniéj. Tu tylko nadmienimy, iż nader miłe robiło na nas wrażenie odwoływanie się wielokrotne autora w kwestyjach okulistycznych do rodaka naszego Gałęzowskiego, o którego pracach wyraża się F. ciągle z największém uznaniem. Niech nam atoli wolno będzie wyrazić na tém miejscu żal, iż szan. kol. Gałęzowski zapomniał zupełnie o piśmiennictwie ojczystém a wzbogacając ciągle cennemi swemi pracami bogatą i tak literaturę francuską nie udziela owocu swych badań pismom lekarskim polskim. *Domański.*

Schuchardt: **Związek gruźlicy ocznéj szczepionéj z ogólną gruźlicą szczepioną.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W pracy Schuchardta, z której poniżéj sprawę zdajemy, znajdujemy także wzmiankę o doświadczeniach Bogoslovskyego z r. 1871. Przy pomocy Bunsenowskiego

przyrządu do sączenia oddzielił Bog. z gruźliczéj ropy, lub mas gruźliczych startych z 1% rozczynem NaCl, osobno surowicę od upostaciowanych składników. Tylko szczepienia temi upostaciowanemi składnikami dokonane sprowadzały ropny nieżyt oskrzeli, ropnie w płucach, a czasem i w wątrobie.

Rozpatrując się w pracy Sch., obecnie piérwszego asystenta Ponficka, przyznać należy, że jakkolwiek ilość doświadczeń jest może nieco szczuplą (15 ogółem), to przecież sumienność i ostrożność w rozgatunkowywaniu wyników pomyślnych, od wpół pomyślnych lub ujemnych (1) zasługuje na wszelkie uznanie. Pod względem czasu trwania obserwacyi przewyższa Sch. wszystkich swych poprzedników, czasem dochodzi do 16 i pół miesiąca od dokonanego szczepienia. Jest to szczegół który nadaje doświadczeniom Sch. wielką wagę. Dla pewności szczepił materyjałem wziętym ze świéżych zwłok, a nie, jak Cohnheim zalecał, ze świéżo wyciętych gruczołów sérowatych etc. Słusznie usprawiedliwia autor swe postępowanie okolicznością, że przed zaszczepieniem cząsteczki miał niezbity anatomiczny dowód przyrody gruźliczéj téjże, znał dokładnie rozpostarcie się sprawy gruźliczéj w ustroju, z którego wziętym był materyjał do szczepienia [1]).

Miejscem szczepienia i w jego doświadczeniach była komórka przodkowa oka. Wyniki Sch. w ogólności odpowiadają dotychczas znanym, wszelako w kilku dość ważnych szczegółach różnią się od tychże.

I tak co do okresu „wylęgania się" znalazł Sch. że 4 tygodnie nie wystarczają, zazwyczaj dopiéro w szóstym tygodniu zjawiają się zmiany gruźlicze. Przypuścić jednak należy że i materyjał do szczepienia użyty musi wywierać wpływ.

Drugą nader ważną różnicą jest to że sprawa gruźlicza, która się w następstwie szczepienia rozwijała, dotyczyła tylko jednego lub obu ócz, podczas gdy reszta ustroju zmian gruźliczych zazwyczaj nie wykazywała [2]). Ten też szczegół, niezbicie stwierdzony, jest najważniejszym wynikiem Sch. Na 15 przypadków tylko trzy razy udało się Sch. otrzymać gruźlicę ogólną jakkolwiek zwiérzęta dość długo przy życiu pozostawały. Podobnych kilka przypadków przytacza także Hänsell, o którym wyżéj wspomniano.

Zmiany zaś gruźlicze miejscowe zawsze bez wyjątku dadzą się u królików wywołać przy szczepieniu w komórkę przodkową. Jakie znów warunki są potrzebne dla uogólniania się sprawy gruźliczéj tego i z doświadczeń Sch. nie wiemy. Punkt ten pozostaje i nadal jak dotąd niewyświeconym.

Jako dowód że drogę, po któréj dostaje się jad gruźlicy z odległego ogniska do innych narządów, stanowić mogą naczynia krwionośne, przytacza w końcu Sch. wynik sekcyi gdzie piérwotne ognisko gruźlicze gruczołów szyjnych sprowadziło gruźlicę wewnętrznéj powierzchni żył szyjnych (*V. V. jugul. ext. et int.*), śródsierdzia, tętnicy głównéj, płuc i narządów gruczołowych brzusznych. Przewód piersiowy był niezmienionym. *Dr. Pisek.*

[1]) Ustalenie oka króliczego jest rzeczą dość trudną. W tym celu zaleca Sch. sposób jaki poznał u prof. Lebera w Getyndze. Należy pomiędzy gałkę oczną a ścianę jamy oczodołowéj wsunąć trzonek skalpelu (1/2—1 cm. szer.) i wywierając równocześnie lekki ucisk na gałkę oczną, skręca się takową przez to nieco na zewnątrz. Tym sposobem gałka oczna jest zupełnie ustaloną, skoro tylko pomocnik trzonek skalpelu w tém położeniu utrzymuje.

[2]) Znaczna różnica w wynikach Sch. a Cohnheima-Salomonsena jest tém bardziéj uderzającą, że obie grupy doświadczeń były dokonane w tymże samym zakładzie, z temiż samemi ostrożnościami i wśród niezmienionych prawie zewnętrznych warunków.

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Amylnitrit jako odtrutka przeciw chloralowi** Pierwszy Coghill podał wiadomość, że amylnitrit jest odtrutką przeciw chloralowi. Coghill miał sposobność sprawdzić to w następującym przypadku: Jedna ze starszych już pacyjentek autora, przyzwyczajona dłuższém używaniem do chloralu, zażyła przez pomyłkę większą niż zwykle ilość tego leku. Autor zawołany do niéj zastał ją bladą, bezprzytomną, tętno niemacalne, czucie na skórze zniesione. Zarządzono inhalacyją 5 kropli amylnitritu. Natychmiast bladość skóry ustąpiła naturalnemu zaczerwienieniu, ruchy oddechowe były głębsze, widoczniejsze, tętno dość pełne. Chora jednak nie odzyskała przytomności i w niespełna 2 godziny znów zaczęła widocznie słabnąć. Zastosowano więc po raz wtóry azotyn amylowy z równie pomyślnym skutkiem. Tym razem wkrótce pacyjentka odzyskała przytomność i wkrótce przyszła do siebie. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1882, str. 894).

(L. K.) **Lutidyn odtrutka przeciw strychninowi.** Greville Williams i Waters odkryli antidotum w otruciach strychniną. Antidotem tym jest zasada organiczna, którą Williams otrzymał przez destylacyję Cinchony z ługiem potasowym i nadał jéj nazwę Lutidyn β. Doświadczenie robione z tym alkaloidem na żabach wykazały, że Lutidyn β. wyraźnie zwiększa napięcie, tak mięśnia sercowego jak i mięśni dowolnych, daléj że uderzenie serca pod działaniem Lutidynu stają się wolniejszemi, że czas potrzebny do wywołania odruchów staje się dłuższym, i że nawet w końcu działanie odruchowe zupełnie zostaje zniesione. To naprowadziło autorów na badanie tego alkaloidu, czy nie jest przypadkiem antidotem dla strychninu. W tym celu zniszczono w sposób zwykły mózg żaby, poczém zatruto zwierzę lutidynem, aż zupełnie odruchowość ustała. W tym stanie wprowadzono w ustrój żaby znaczniejszą ilość strychninu, ale te już wcale nie wywoływały znanych objawów. Drugą żabę zatruto strychninem, aż wystąpił wyraźny tetanus. Podany teraz lutidyn przerywał i wstrzymywał działanie strychninu. Równoczesne zadanie obydwóch powyższych alkaloidów, nie wywoływało żadnych objawów. (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1882, str. 836).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII dnia 5 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wspomina kilku gorącemi słowy zmarłych prof. Dra Raf. Czerwiakowskiego i kol. Dra Karola Gramatykę, których pamięć członkowie czczą przez powstanie.

3) Na członka korespondenta wybrano jednogłośnie kol. Dra Michalskiego Seweryna.

4) Kol. Zarewicz przedstawił chorego z liszajem żrącym, zwracając uwagę na usadowienie guzków (na około części rodnych) jakotéż na charakter tychże. W dyskusyi zapytuje kol. Warschauer, czy choroba ta nie stoi w związku z kiłą, na co prelegent odpowiada, że i w tym razie nie wykazano żadnego związku i że zdanie takie nie znachodzi dzisiaj stronników.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rzecz: „O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (*fibrosis s. fibromatosis*) z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj. Podawszy definicyję téj zmiany chorobowéj i rozwój pojęcia tego przez Virchowa, Perlsa, Buhla, a przeważnie Benekego, twierdzi on, że w obec przypuszczalnego usposobienia ogólnego i konstytucyjonalnego, które w zasadzie zaprzeczyć się nie da, zanadto mało uwzględniany bywa wpływ bodźców miejscowych i innych zboczeń ogólnych, i za główny cel swéj pracy kładzie wykazanie

ważności wpływów bezpośrednich, które podniecają rozrost tkanki włóknistéj. Następnie prelegent przechodzi poszczególne narządy i wykazuje, w jakich przypadkach uciekać się trzeba do usposobienia konstytucyjonalnego, i jakie wpływy i bodźce bezpośrednie wykryć można w poszczególnych narządach dla rozrostów włóknistych

Zmiany włókniste w tkance podskórnéj wywołane bywają przez wrzody długotrwale, drażnienia miejscowe, zaczopowanie żył, utrudniony odpływ limfy, częste zapalenie skóry różycowe, wreszcie przez raki włókniste z bardzo obfitém i szeroko rozpościerającém się podścieliskiem włóknistém. Tylko w tych przypadkach, gdzie między nasileniem podniety miejscowéj a rozrostem włóknistym zachodzi rażący niestosunek, jak niemniéj w rakach o bardzo rozległém podścielisku włóknistém (jak to prelegent wykazuje na obserwowanym przez siebie przypadku raka pacierzowego na klatce piersiowéj), odwołać się trzeba do usposobienia osobniczego.

W płucach zmiany włókniste powstają skutkiem ciał obcych, pylicy, kiły, długotrwałego nieżytu oskrzelowego, nacieków serowatych, gruzełków, zapalenia opłucny i zapalenia płuc. Jeżeli stwardnienia włókniste w tkance międzyzrazikowéj i około oskrzelowéj wytwarzają się skutkiem miejscowego drażnienia i ograniczają się tylko do samych płuc i opłucny, np. w przebiegu pylicy, nieżytu oskrzelowego, ropnia lub zgorzeli płuc, nie koniecznie potrzeba szukać przyczyny konstytucyjonalnéj, a co najwyżéj tylko uwzględnić należy stosunki odżywienia, które w mniejszym lub większym stopniu sprzyjać mogą wytwarzaniu się tkaniny stałéj, a zapobiegają tworzeniu się utkania skłonnego do rozpadu. Jeżeli jednak tkanka włóknista w płucach rozrastała się skutkiem kiły, zmian serowatych lub gruzełkowych, wtedy istotnie dociekać trzeba przyczyn, które zamiast mało żywotnych nacieków zrazikowych, które prowadzą zazwyczaj do suchót płucnych, zwracają zapalenie na tor rozrostowy, mniéj dla ustroju szkodliwy. W tym względzie podział Benekego na suchoty włókniste i zołzowe jest w znacznéj części usprawiedliwiony.

Zmiany rozrostowe w opłucny, tkance podopłucnowéj, w osierdziu i tkance podosierdziowéj towarzyszą bardzo często zwyrodnieniu włóknistemu płuc, które rozwija się na tle ustrojowém lub bez takowego skutkiem bodźców poprzednio wymienionych, nadto powstają w przebiegu wad sercowych, gośćca stawowego, i przewlekłych chorób nerkowych. Do właściwości ustrojowych jako do głównego momentu etyjologicznego uciekać się trzeba w takich przypadkach, jeżeli zmiany włókniste są znacznego stopnia, jeżeli równocześnie buja także tkanka łączna w mięśniu sercowym, jeżeli zmiana rozrostowa w opłucny podnieca takąż zmianę w płucach, wreszcie jeżeli dla zwyrodnienia włóknistego nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj.

Czy zapalenie włókniste mięśnia sercowego oparte jest zawsze na podstawie konstytucyjonalnéj pouczyć mogą dopiero ściślejsze spostrzeżenia.

Zapalenie włókniste śródpiersia, sądząc po przypadkach Tiedemanna, powstaje skutkiem pylicy, kiły i opilstwa. We własnym przypadku, jaki prelegent przytacza, zapalenie włókniste śródpiersia rozwinęło się u chłopca wybitnie skrofulicznego, w skutek przewlekłego, zlepnego zapalenia osierdzia. Jeżeli ta sama zmiana włóknista zajmuje także sąsiednie tkaniny, lub jeżeli nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj, wtedy także przyjąć trzeba pewną swoistą właściwość tkanin; ażeby jednak dociec, na czém ona polega, potrzeba przy sekcyjach już naprzód zwracać uwagę na budowę kośćca, rozmiary naczyń itp.

Zapalenie włókniste otrzewny i tkanki podotrzewnowéj przenosi się nierzadko do klatki piersiowéj, tak samo jak zapalenie włókniste opłucny i tkanki podotrzewnowéj w rzadszych przypadkach przechodzi na otrzewnę i tkankę podotrzewnową. Dla czego przepona raz stanowi granicę spraw rozrostowych, drugi raz nie, na to pytanie nie można dotąd dać stanowczéj odpowiedzi. Przewlekłe, pełzające, rozrostowe zapalenie otrzewny rozwija się niekiedy w przebiegu kiły i wśród przewlekłego opilstwa. Niekiedy przyczyny miejscowe są tak nieznaczne, że z koniecznością odwołać się trzeba do pewnego ustrojowego usposobienia tkanki łącznéj, czy to miejscowego, czy téż ogólnego, jako do głównego momentu, który pośredniczy rozrostom włóknistym.

W wątrobie nieprawidłowy rozwój tkanki włóknistéj łączy się bardzo często z takimże samym stanem nerek, nawet w tych przypadkach, gdzie można wykluczyć nadużywanie napojów wyskokowych, zresztą bywa wywołanym zastojem krwi, żółci, kiłą, nowotworami lub ciałami obcemi. Zmiany włókniste w trzustce zawdzięczają swe powstanie również kile, nadużywaniu napojów wyskokowych, lub powstają skutkiem szerzenia się sprawy zapalnéj z części sąsiednich. Częstokroć łączą się one z marskością wątroby i z zanikiem ziarnistym nerek.

Zanik ziarnisty nerek zdaje się tą samą chorobą co zapalenie miąższowe, a różnice w obrazie anatomicznym pochodzić mogą od obecności lub braku zmian włóknistych w naczyniach, zamożności ustroju w krew, dostatecznego odżywiania się lub czynników ustrojowych, tak dalece, że jeżeli gdzie, to dla zaniku nerek istnienie pewnego, dotychczas jeszcze ścisłemi granicami niedającego się określić, usposobienia ogólnego do rozrostu tkanki łącznéj, jest w zupełności usprawiedliwione, osobliwie skoro według Bubla zanik ten ma się tak często łączyć z zapaleniem bliznowatém mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia.

Następnie przytacza prelegent opis 8 przypadków zwyrodnienia włóknistego w otrzewny, tkance otrzewnowéj i w trzewach wewnętrznych, z których jeden pochodzi z zakładu kol. prof. Browicza, reszta zaś z kliniki lekarskiéj. Z tych 3 przypadki zostały już opisane przez Dra Smoleńskiego w Pam. Tow. lek. warsz.

Zestawiając te przypadki podnosi prelegent następujące szczegóły: Z pośród 8 przypadków 6 przydarzyło się u kobiet, 2 u mężczyzn. Że przyczyną téj częstości u kobiet nie może być większa wrażliwość otrzewny przez związek z czynnością narządów płciowych, udowadnia ta okoliczność, że tylko w dwóch przypadkach znaleziono zmiany w przewodzie rodnym, które można było wprowadzić w związek przyczynowy ze zmianami włóknistemi. Przeciwnie co do płuc, wątroby, nerek i tkanki podskórnéj zwyrodnienie włókniste zdaje się częściéj przydarzać u mężczyzn aniżeli u kobiet. Przeważna część chorych znajdowała się w wieku późniejszym, co zgadza się ze spostrzeżeniem że i w innych narządach zwyrodnienia włókniste przydarzają się częściéj w wieku dorosłym lub starczym. W zupełném przeciwieństwie do zdania Benekego, że podstawy konstytucyjonalne dla rozrostów włóknistych zbliżają się rychléj do budowy napotykanéj przy nowotworach przerostowych i rakowych, wynika z tych przypadków, że prawie wszyscy chorzy okazywali kościec słabo rozwinięty, odżywienie liche, a nawet w 3ch przypadkach znaleziono w budowie serca, naczyń, a względnie macicy, wybitne podstawy anatomiczne błednicy ustrojowéj. Zdaje się jednak, że ta właściwość odnosi się tylko do jamy brzusznéj. Ponieważ z wyjątkiem tylko przypadku ostatniego, we wszystkich innych dały się wykryć dostateczne przyczyny miejscowe dla rozrostu tkanki łącznéj nie można bezwarunkowo lekceważyć znaczenia bodźców bezpośrednich.

Ostatecznie dochodzi prelegent do wniosku, że zwyrodnienie włókniste tkanin (*fibrosis*) jest jednostką patologiczną, która zasługuje na takie same uwzględnienie, jak inne zwyrodnienia tkanin. W znaczeniu etyjologicznem nazwa *fibromatosis* jest również usprawiedliwioną, gdyż jeżeli nie dla wszystkich, to w każdym razie dla przeważnéj części zwyrodnień włóknistych przyjąć trzeba jako moment etyjologiczny pewną właściwość tkanin, usposabiającą do rozrostu tkanki łącznéj. Na czém ta właściwość polega, wykazać mogą dopiero ściślejsze badania. Przytém jednak nie trzeba spuszczać z oka przyczyn bezpośrednich, które niekiedy mogą mieć wielkie znaczenie. W każdym razie przedmiot ten stanąć powinien na porządku dziennym dyskusyi i skrzętnych poszukiwań.

Dyskusyję nad powyższym odczytem odłożono z powodu spóźnionéj pory do przyszłego posiedzenia i na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

V. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski

II.

Akuszerki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Wszystkie więc zacytowane przykłady odbywają się

w warunkach bardzo korzystnych dla opinii akuszerki. Jednakże nie podobna pominąć i przypadków kończących się nie pomyślnie dla naszéj matrony, lecz za to bardzo korzystnie dla samych chorych. Chcę tu wspomnieć o zdarzeniach bardzo żenujących dla wschodniéj akuszerki, mianowicie o mimowolnych spotkaniach się z wykształconymi lekarzami, znającymi doniosłość stanu położnicy, wiedzących zatém co wypada przedsięwziąć, gdy potrzeba działania w interesie matki i dziecka nakaże wystąpić energicznie. Wprawdzie podobne przykłady spotkań są dość rzadkie. Bo jak już wspomniałem, tylko mała ilość rodzin wykształconych stolicy uważa za konieczne mieć przy swych chorych lekarza-akuszera. W każdym razie i to już dowód postępu. I wtedy to właśnie akuszerki pozostawione bez uwzględnienia, wiadrami wzburzonéj żółci tryskają na powodzenie i opiniję lekarza. Nie przeszkadza to jednak, że ten ostatni spełnia odpowiednio swe zadanie i tém samém wzbudza zaufanie i wiarę w istotną korzyść umiejętnie zastosowanéj pomocy sztuki. Dla akuszerki zaś, posiadającéj jeszcze pewien takt w postępowaniu, nie pozostaje jak tylko podziwiać i korzystać z okoliczności zastosowania rękoczynów służących do ułatwienia lub zakończenia trudnych porodów. Dodam wszakże, że przykłady umiejętnego zastosowania pomocy sztuki są bardzo rzadkie w stosunku do liczby ludności wschodniéj. Widoczny zaś tego dowód mamy w wykazach statystycznych. Można zaś być pewnym, że w saméj stolicy Turcyi nie spotka się w ciągu roku jak tylko bardzo małą ilość przypadków operowanych. Co téż i wybornie przemawia, że potęga akuszerek trwa zawsze, i że w ich to pazurkach pozostaje prawie cała ludność wyzyskiwana bez litości i prawie po barbarzyńsku. To zaś panowanie nad umysłem wschodniéj ludności jest tu tak prawdziwém, że trudno spotkać kobietę, któraby nie opowiadała o trudnościach przebywanych w przebiegu ciąży i porodu!

W końcu jako streszczenie dostrzeżonych faktów dodam jeszcze i to, że nie istnieje tu zwyczaj mierzenia miednicy kobiety, czy to przed jéj zamążpójściem, czy téż w ciągu ciąży. Ztąd więc poród przedwczesny, uważany jako środek, nigdy tu nie bywa wywoływanym. O zastósowaniu zgniatacza główki, cięcia cesarskiego, operacyi Porro itd. i mowy tu być nie może. A jednak śmiertelność płodu bywa bardzo częstą, a to dzięki jedynie ciemnocie tutejszych akuszerek! Nie zapomnę nigdy opowiadań Dra Spadaro, który w ciągu swéj bardzo długiéj praktyki w Turcyi, raz jeden miał tylko sposobność dokonania obrotu płodu! A jednak jest to akuszer zdolny i posiadający bardzo obszerną praktykę. To wszystko doprowadza mnie do postawienia pytania, co myśleć o zastósowaniu sztuki położniczéj w kraju znajdującym się w najniekorzystniejszych warunkach dla sprawy reprodukcyi? Co powiedzieć o téj ludności rozsianéj na ogromnych przestrzeniach, nieposiadającéj nawet idei o lekarzu akuszerze? Co powiedzieć o tych kobietach ciężarnych, które słuchając rad swych „Ebe-chanum,“ ronią za pomocą wprowadzenia do macicy jakiegokolwiek drażniącego środka? O tych, które narażają bardzo swój stan przez zbytek nadużyć, nieobawiając się niepomyślnych wypadków, w ich sytuacyi prawie nieuniknionych? Wreszcie co sądzić o tych wszystkich damach, uważających swą ciążę za igraszkę tylko, nieumiejących zdać sobie sprawy ze znaczenia téj wielkiéj tajemnicy, zachodzącéj w ich ustroju? Co można oczekiwać, jeżeli takie kobiety przy końcu ich ciąży są pozostawione względom ciemnéj partaczki, niezdolnéj często do dania prostéj pomocy, niezbędnéj ku poparciu sił natury. Ztąd więc nie należy wątpić, że w takiéj sytuacyi każdy przypadek mniéj więcéj groźny, nie może się zakończyć inaczéj jak tylko śmiercią matki lub płodu! Na poparcie zaś mych twierdzeń zacytuję to tylko, że w Turcyi niepodobna spotkać rodziny, któraby nieopłakiwała straty choćby jednéj kobiety, przepłacającéj życiem następstwa swéj ciąży! Nie podobna spotkać matki, któraby nieubolewała nad stratą kilkorga dzieci. W końcu nie znajdziemy tu kobiety, któraby nie była dotkniętą długotrwałém cierpieniem organów płciowych. Znaczna liczba tych nieszczęśliwych posiada prawdziwą kolekcyję chorobowych objawów, pouczających dla lekarza. Jakie wydać zdanie o tych zdemoralizowanych przez akuszerki chorych, uważających się za dotkniętych cierpieniami płuc, wtedy gdy wszystkie ich dolegliwości opierać się zwykły na stanach blednicowych lub histerycznych. Co wyrzec wreszcie o tych damach, które w następstwie przebytych ciąży doznają nieładów w okresach czyszczeń miesięcznych i które za radą swych akuszerek stawią pijawki, biorą środki namiesięczne wtedy, gdy nieprawidłowy ich stan zawdzięcza swe powstanie jedynie tylko przebytemu porodowi. Co gorsza jeszcze, spotykałem tu matki narzekające na własne dzieci, osypujące je wyrzutami i przeklinające chwilę przyjścia ich na świat, całą winę przypisując porodowi, zawsze jednak osłaniając meduzi łeb swych akuszerek! Słowem im dokładniéj poznaje się szczegóły, tém téż więcéj znajduje się faktów dowodzących, że objawy ciężkie lub śmiertelne nawet u kobiet rodzących, są nieskończenie liczniejsze w Turcyi, aniżeli w pozostałych krajach Europy i że cała ilość nieszczęśliwych przypadków wynika z niedołęztwa i ciemnoty osób, oddających się spełnianiu ważnych czynności położniczych.

Ciąże bliźniacze spotykają się dość często na Wschodzie, i ku największemu zdziwieniu całego świata, akuszerki tutejsze przypisują sobie pewną zdolność rozpoznawania tych stanów, na poparcie czego pozwalam sobie zacytować przykład z własnéj praktyki. Bawiąc w Hyllet nad Eufurtem, byłem powołany do domu p. Calioti szefa stacyi telegraficznéj międzynarodowéj. Żona jego umarła w połogu, wydawszy jednak na świat płód żywy. Przytomna akuszerka, jakaś matrona chaldejka zapewniała w energiczném swém narzeczu o egzystencyi drugiego płodu, którego nie będąc w stanie wydalić, zdecydowała się żądać mego pośrednictwa. Wysłuchałem najprzód najrozmaitszych zdań gadatliwéj matrony, opowiadającéj, że jakkolwiek objętość brzucha nie była dość znaczną do zadecydowania o ciąży bliźniaczéj, to jednak, ponieważ kobieta umarła, a objętość brzucha nie zmniejszyła się wcale, więc jest to dowodem znajdywania się jeszcze drugiego płodu! Zbliżam się więc do zwłok, badam jamę brzuszną i znajdując obrzmienie chełboczące, pociągam za pępowinę i bez zbytecznych usiłowań wydobywam placentę z ogromnym skrzepem krwi, który to i wprowadził w błąd otaczających, będąc także bardzo prawdopodobną przyczyną śmierci w skutek gwałtownego krwotoku. Smutny dowód zarozumiałości! Na Wschodzie zajście w ciążę młodych kobiet bywa najczęściéj konstatowane także przez akuszerki. Od chwili bowiem gdy rodzina spostrzeże u młodéj mężatki natężenie i powiększenie się w objętości powłok jamy brzusznéj, natychmiast bywa przywołaną doświadczona nibyto matrona, która téż i stawi swe rozpoznanie, nie wachając się zadecydować, że obrzmienie jest ciążą. Znaném mi jest jedno z podobnych rozpoznań, które miało

miejsce w tak szczególnych warunkach, że zacytowanie go tu uważam za stósowne. W rodzinie jednego z dygnitarzy wielkorządztwa Bagdadu miała miejsce następująca scena: Młoda jego córka była zaręczoną z oficerem, należącym do bardzo poważnéj i zamożnéj rodziny. Ślub miał się odbyć za kilka dni. Uprzedzając więc przyszłe uroczystości, matka młodéj dziewczyny, odpowiadając miejscowym zwyczajom, udała się z córką do łaźni, gdzie przypadkiem znajdowała się domorosła akuszerka. Ta ostatnia, uderzona szczególną objętością powłok jamy brzusznéj u młodéj osoby, zaczęła ją badać i bez zastanowienia się zadecydowała o dwumiesięcznéj ciąży! Łatwo można sobie wyobrazić wrażenie wywarte podobnym rozpoznaniem akuszerki! Skutkiem więc podobnie hańbiącéj sytuacyi ojciec nieszczęśliwéj téj osoby natychmiast wypędził ją z domu i biedna oskarżona, razem z matką, musiały szukać przytułku u dalekich krewnych. Podobny przypadek tak mnie zainteresował, że postarałem się poznać szczegółowiéj istotę faktu. I w istocie odpowiadając przyjaznemu wezwaniu Dra Achera, udaliśmy się do domu tych nieszczęśliwych wyrzutków. Szczególnie jakieś przekonanie pozwalało nam z góry mniemać, że młoda osoba została niesłusznie oskarżoną. Jakkolwiek mój kolega cieszył się ogólném poważaniem, a w dodatku był i domowym lekarzem rodziny, to jednak z trudnością tylko i po zrozumieniu całego współczucia jakie mamy dla młodéj osoby, zgodzono się pozwolić na jéj zbadanie. Wypytawszy więc najprzód matkę o stanie czyszczeń miesięcznych jéj córki, i dowiedziawszy się, że czynność ta odbyła się w sposób najprawidłowszy jeszcze w kilku ostatnich dniach, nie wątpiliśmy o ponownym błędzie akuszerki. Szczegółowsze wreszcie badanie wykazało znaczne tylko rozszerzenie jamy brzusznéj, w skutek nagromadzenia się gazów w jelitach. Wydana opinija powróciła spokój rodzinie. Akuszerka pozostała w dawnych swych atrybucyjach, nie będąc nawet po wołaną do wytłumaczenia swego oszczerstwa. Ślub się odbył. A uczta po nim, na którą zostaliśmy zaproszeni, odbywając się w cieniu palm i granatów, przy krążeniu puharów z czystym winem z Szyrasu, mogła być porównaną do sławnych festynów Lukulusa.

W moich podróżach po tureckim Wschodzie dość często spotykałem przykłady błędnych rozpoznań ze strony akuszerek, tak że dzisiaj uwzględniając praktykę i dostrzeżone fakta, mogę wydać zdanie, że znajomość niesienia pomocy położniczych pozostaje w Turcyi w stanie największego poniżenia! To jednak co widzimy w pośród mieszkańców miast zdawałoby się być jeszcze bardziéj rozwinięte po wsiach. Tak w istocie sądziłem. Jednakże dłuższy pobyt na prowincyi przekonał mnie, że zdrowe powiétrze i życie czynne, wywierając szczęśliwy wpływ na mieszkańców wsi, zmniejszają tém samém częstość przypadków. Co więcéj, liczba praktykujących akuszerek jest tam mniejszą, a zatém i nieszczęśliwe zejście stanów porodowych rzadziéj się spotyka. W obu jednak sytuacyjach wiele jest do zrobienia; a środkiem ku temu *tempora mutantur.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września śmiertelność w Krakowie spadła z 26,7 na 19,8. Z błonicy umarło 0 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 5 krztuśca. W tygodniu od 20—26 sierpnia umarło w Londynie z ospy 1, leczyło się w szpitalach 121, świeżo zapadło 34. W Wiedniu i Budapeszcie po 12, w Paryżu 8, w Petersburgu po 8, w Warszawie 26, w Pradze i Brukseli po 2, w Granadzie 3, w Madrycie 24. Dur brzuszny bardziéj się rozszerzył w Paryżu, gdzie umarło 74 a leczyło się w szpitalach 899. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Londynie, Warszawie, Granadzie i Murcyi. Biegunka zabrała wiele ofiar pomiędzy dziećmi we wszystkich większych miastach. W Genewie zaszedł przypadek cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 sierpnia umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 49,7; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 32,8; w Pradze 32,9; w Tryjeście 32,7; w Berlinie 26,9; w Wrocławiu 40,1; w Gdańsku 38,5; w Mnichowie 24,5; w Dreźnie 20,6; w Lipsku 17,3; w Bazylei 18,7; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 23,2; w Paryżu 24,0; w Londynie 18,8; w Kopenhadze 33,1; w Stokholmie 37,8; w Chrystyjanii 28,1; w Petersburgu 30,3; w Odesie 49,6; w Rzymie 24,1; w Wenecyi 23,4; w Bukareszcie 22,1; w Madrycie 41,3; w Nowym Yorku 39,1; w Filadelfii 31,2; w Madrasie 27,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków d. 15 września. N. Pan mianował docenta prywatnego Uniw. wiedeńskiego, Dra Jana Mikulicza, zwyczajnym profesorem chirurgii i przełożonym kliniki chirurgicznéj w Uniw. Jagiell.**

* Główny Redaktor naszego pisma prof. Blumenstok powrócił do Krakowa i zamieszkał przy ul. Szewskiéj (pod Toporkiem) Nr. 16.

* Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z wys. Ministerstwem wyznań i oświaty zamianował Dra A. Biesiadeckiego c. k. kraj. ref. spraw. zdrowia przewodniczącym Komisyj egzaminacyjnych do egzaminów lekarzy i weterynarzy, odbyć się mających w r. 1882/3. Na egzaminatorów i ich zastępców przy rzeczonych egzaminach powołano równocześnie: *a*) przy egzaminach dla lekarzy: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanit. doc. Dra K. Grabowskiego egzaminatorem, doc. Dra S. Ponikłę zastępcą; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra Blumenstoka egzaminatorem, prof. Dra Browicza zastępcą; 3) z farmakognozyi prof. Dra Łazarskiego egzaminatorem, prof. Dra Janczewskiego zastępcą; 4) z chemii prof. Dra Stopczańskiego egzaminatorem, prof. Dra Czyrniańskiego zastępcą; 5) z policyi weterynaryjnéj Dra Biesiadeckiego egzaminatorem, weter. kraj. Litticha zastępcą. *b*) Przy egzaminach dla weterynarzy, które mają się odbyć pod tém samém przewodnictwem, wyznaczeni są egzaminatorami: Dr. Piotr Seifmann, dyrektor szkoły weterynaryi we Lwowie i weterynarz kraj. Littich.

* W skutek odezwy Przewodniczącego w komisyi antropologicznéj Dra J. Majera, zamieszczonéj w Nrze 33 *Przeglądu Lekarskiego,* nadesłali dotąd oświadczenie gotowości udziału w pracy około oznaczenia trwałości życia pp. Drowie: Bogdanik w Biały, Janiszewski w Glinianach i p. Kocaj słuchacz medycyny w Krośnie.

* Dziś przewieziono przez Kraków zwłoki śp. Dra Szeparowicza z Wiednia do Stanisławowa, gdzie ma się odbyć pogrzeb d. 15 bm. rano. Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcyja Przeglądu Lekarskiego uchwaliły złożyć w Stanisławowie wieńce na trumnie nieodżałowanego Kolegi.

* Minister rolnictwa udzielił Pasteurowi znakomitemu chemikowi francuzkiemu nowe 50.000 franków na dalsze naukowe prace nad chorobami zaraźliwemi zwierząt. Wiadomo, iż Rząd przyznał mu już na ten sam cel 50.000 fr. w r. 1880 i 40.000 fr. w 1881 r. *(Kur. Warsz.)*

* Rektorem lwowskiéj Wszechnicy na rok 1882/3 wybranym został prof. Dr. Radziszewski.

* Rząd francuski wysyła uczonych badaczy w różne okolice świata. Do krajów polskich ma przybyć p. Munier Chalmas asystent ogrodu zoologicznego w Paryżu dla badania fauny kraju naszego; ma on dłuższy czas zabawić w Tatrach i na Polesiu.

* Ostatnie wiadomości z dalekiego wschodu potwierdzają wiadomość o epidemii cholerycznéj na wyspach Filipińskich.

* Rzymscy cesarze wysoko honorowali swych lekarzy: podług Rénné Brioux (*Le praticien* z 14 sierpnia) pewien lekarz pobierał 500.000 sestercyj (100.000 fr.) rocznie; kiedy mu czyniono uwagę, że to za wiele, odpowiedział, że praktyka prywatna na pewno dałaby mu 600.000.

Samobójstwa w Europie. Stosunek samobójstw do milijona mieszkańców w różnych państwach europejskich jest podług Legoyt następujący: w Niemczech 261, w Danii 257, w Szwajcaryi 215, w Francyi 160, w Austryi 121, w Belgii 87, w Anglii 69, w Holandyi 45, w Rosyi 30, w Italii 37, w Irlandyi 21, w Hiszpanii 17. Najwięcéj samobójstw odbywa się przez powieszenie; na 100 samobójców odbiera życie przez powieszenie w Niemczech 64, w Austryi 47, w Danii 77, w Rosyi 73. (*Revue médicale de l'Est*).

* W celu zapobieżenia grasującéj na dalekim Wschodzie cholerze zebrała się wielka Rada sanitarna w Rzymie, która ma oznaczyć wszystkie środki celem ochronienia portów włoskich od zawleczenia zarazy. W obec toczącéj się wojny i stosunków armii Wolselya z wojskiem indyjskiém, obawa wybuchu cholery w Europie jest uzasadnioną.

* Sprawa rozwodowa zajmuje wszystkie umysły we Francyi. Katedra, scena, publicystyka itd. szuka sposobu rozcięcia tego węzła gordyjskiego. Podług *L'encephale* Nr. 2 w Akademii lekarskiéj w Paryżu odbyła się żywa dyskusyja nad pytaniem, czy należy uprawnić rozwód, jeśli jedno z małżeństwa ulegnie pomięszaniu zmysłów? Dr. Blanche oświadczył się przeciw rozwodowi. Dr. Luys wykazywał nieludzkość i bezsensowność prawa, które na dziesiątki lat skazuje jedno z małżeństwa na związek niezmiernie uciążliwy i niebezpieczny, i stawia wniosek, ażeby pewne formy pomięszania uprawniały do rozwodu; w dalszym rozwoju swego wniosku proponuje Luys, ażeby komisyja złożona z trzech psychijatrów rozstrzygała każdorazowo o rozwodzie, jeśli chory przebył w szpitalu i nie wyleczył się w ciągu lat 4ch dla mężczyzn, a 5 dla kobiet. Komisyja ta winna co miesiąc odwiedzać takiego chorego i po upływie roku wydać ostateczne orzeczenie.

* *Strana* w Nrze 96 donosi, że zapadła uchwała w Petersburgu, ażeby teatry téj stolicy miały dwóch lekarzy, specyjalistów chorób nerwowych i krtani. Słusznie *Wracz* zapytuje, w jakim celu żądano specyjalistów tylko tych gałęzi?

* Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu miał wykład Dr. Bouchard o ptomainach, które udało mu się wydzielić z moczu chorych na dur, zapalenie płuc, opłucny i w jednym wypadku żółtaczki. Ponieważ na jedną dobę chorzy oddawali nie więcéj nad 1 miligr. ptomainu, autor spotrzebowywał moczu od 20 do 50 litrów. (*Gaz. hebdom.*)

* Zapewne prąd przeciw wiwisekcyjom opanowuje i Paryż, kiedy prof. Laborde w celu oswojenia ogółu z wiwisekcyjami uznał za rzecz potrzebną i praktyczną mieć wykład publiczny, połączony z doświadczeniami na zwierzętach; zaledwo jednak ujął żabę i zwrócił przeciw niéj ostrze skalpela, jedna z pań zawołała, że nie pozwoli profesorowi kaleczyć zwierzęcia, za tym przykładem poszło całe audytoryjum i . . . . żaba ocalała, a szan. profesor zmuszony był przerwać wykład.

□ W nowym rosyjskim kodeksie karnym mają téż być pomieszczone i takie przestępstwa jak zatruwanie zapasów prowijantu lub towarów przeznaczonych do publicznego użytku, oraz rozmyślne rozszerzanie chorób epidemicznych (*Kur. Warsz.*).

* Na pomnik śp. prof. Buscha w Bonn zebrano 16,000 marek.

* Redaktor *Medycyny* Dr. Fritsche mianowany został naczelnym lekarzem szpitala rezerwowego, który w krótkim czasie będzie otwarty.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarli: Dr. Woillez, członek Akademii lekarskiéj i Dr. Hayassi, naczelny lekarz wojska japońskiego. — W Walencyi umarł prof. anatomii Dr. Navaro.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Sokołowskiego: Przyczynek do dyjagnostyki fizykalnéj wysiękowego zapalenia opłucny. Dra Szczygielskiego: Dwie owaryjotomije z pomyślném skutkiem; Rothego: Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 34: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém (*fibrosis*) tkanin z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj (c. d.); Dra Talki-Hryniewicza: Śmierć spowodowana pęknięciem żylaka na nodze.

Redakcyja otrzymała:

Dra WALEREGO JAWORSKIEGO: Składniki białkowate, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowéj, oraz odpowiedź na zarzuty Dra Rejchmana.

Na portret śp. prof. Kozubowskiego nadesłali Dr. Zminkowski (z Husiatyna) 5 złr., Dr. Tyrchowski (z Warszawy) 5 złr., Dr. Skórkowski (z Wielkiéj Woli) 5 złr. Razem więc z poprzedniemi wykazami 59 złr. i 8 Rsr.

Sprostowanie. W Nr. 34, str. 454, szpalta I. w wierszu 22 od góry: zamiast „jako najdokładniejszą“ czytaj: jako najdogodniejszą i w wierszu 22 od dołu: zamiast „według wzoru“ czytaj: według znaczenia wzoru. W Nrze 35 str. 470 szpalta II. wiersz 26 od góry: zamiast „zużyty“ czytaj: zużyły. Str. 455 szpalta I., wiersz 18 od dołu: zamiast Fe_5O_3 czytaj Fe_2O_3.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.